Lane Medical Library

Ueber

Phlegmone periuterina

oder Parametritis.

INAUGURAL-DISSERTATION,

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

VORGELEGT DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

UND

ÖFFENTLICH ZU VERTHEIDIGEN

am 20. Juni 1870

VON

Constantin P. Bucsenescu

aus Rumänien.

OPPONENTEN:

Busse, Dr. med.
Riesenfeld, Dr. med.
Hartwig, Cand. med.

BERLIN.

DRUCK VON GUSTAV SCHADE.

Marienstr. 10.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/ueberphlegmonepe0000cons

Bei der Besprechung der mit Phlegmone periuterina oder Parametritis bezeichneten Affectionen läfst sich die Betrachtung der entzündlichen Affectionen der die inneren Geschlechtsorgane einschliefsenden und begrenzenden Bauchfellfalten nicht umgehen, da beide Affectionen in der Aetiologie wenig Verschiedenheiten darbieten, aufserdem sich auch häufig combiniren, wie sich dies ja auch bei der Nachbarschaft der betreffenden Gewebe leicht erklären läfst. Besonders in den letztverflossenen Jahren bot die Literatur öftere Controversen dar, ob die in Rede stehenden, meist in Puerperien sich entwickelnden Zustände als Affectionen des Peritonäums oder des subperitonäalen Bindegewebes aufzufassen seien. Beide Affectionen sind jedoch zu trennen, wenn sie sich auch combiniren können und kommt die letztere Affection ungleich häufiger vor. Nonat (Traité pratique de l'inflammation de l'utérus et de ses adnexes. Paris 1860) führte zuerst den Namen phlegmon périutérin ein oder lateinisch phlegmone periuterina, welcher in den Lehrbüchern ziemlich gleich häufig mit dem Ausdruck parametritis angewendet wird. Letzteren verdankt die Wissenschaft Virchow, ebenso wie die genauere Kenntnifs des betreffenden Prozesses. Er setzt in seiner Abhandlung »über diffuse Metritis nnd Parametritis« den Charakter des Prozesses auseinander und nennt denselben

diffuse Phlegmone, durch welche Thatsache die Benennung phlegmone periuterina gleichen Werth mit dem Ausdruck parametritis erhält.

Die Entzündungen der die Gebärmutter, die Tuben und die Ovarien überziehenden Bauchfellabschnitte und des subperitonäalen Bindesgewebes kommen am häufigsten als puerperale Erkrankungen vor, jedoch auch unabhängig davon, wobei es diagnostisch möglich ist, eine Perimetritis, Perisalpingitis und eine Perioophoritis zu unterscheiden, indem in den Fällen, in welchen sich nicht das Puerperium als ätiologisches Moment nachweisen läfst, die Entzündung sich gewöhnlich nur auf die Umgebung des erkrankten Organs beschränkt. Ob in nicht puerperalen Fällen eine solche partielle Bauchfellentzündung (Pelveoperitonitis) oder eine des subperitonäalen Bindegewebes anzunehmen sei, darüber herrscht Streit. Nonat war für das Letztere, West und Simpson traten ihm bei, während Bernutz, Goupil, Aran für das Erstere waren. Veit schliefst sich der ersteren Ansicht an, d. h. partielle Peritonitis sei anzunehmen. Er stützt sich dabei auf das Ergebnifs von Sectionen, bei welchen das Bindegewebe wenig oder gar nicht betheiligt gewesen wäre.

Aetiologie.

Die Aetiologie der partiellen Bauchfellentzündungen des Beckens und die Entzündungen des subperitonäalen Bindegewebes ist meist dieselbe. Das Puerperium ist die häufigste Ursache. Bei Geburten mit schwerem Verlauf, bei solchen, die operativ endigten, bei Primiparis, bei Störungen der Nachgeburtsperiode kommen die fraglichen Affectionen ungleich häufiger vor, wie dies leicht zu erklären ist; ferner giebt es Fälle, in welchen die Kranken mit Bestimmtheit

das Wochenbett als Ursache ihrer Erkrankung angeben, ohne dafs man im Stande ist, aus dem Verlaufe der Geburt wesentliche Momente für die Entstehung der Krankheit aufzufinden. Dies erklärt sich daraus, dafs auch oft im Wochenbette entzündliche Prozesse des Uterus, der Tuben, der Ovarien vorkommen, die zu geringfügig sind, um als solche erkannt zu werden, aber doch stark genug, um sich auf das Peritonäum und das subperitonäale Bindegewebe zu verbreiten, so dafs die später wahrzunehmenden Entzündungserscheinungen die causalen Entzündungen verdecken. Bei Geburten sind es meist traumatische Vorgänge, welche die Erkrankungen begünstigen, nicht allein solche, welche durch operative Eingriffe hervorgebracht werden, sondern auch die Traumata, welche der Durchgang des Kindeskopfes an sich hervorbringen kann; namentlich häufig sind Quetschungen der Cervix, Einrisse in die Scheidenportion Veranlassungen. Eine primäre Endometritis kann ebenso sich auf die benachbarten Gewebe fortpflanzen. — Es scheint daher angenommen werden zu können, dafs die Entzündungen der Beckenbauchfellabschnitte, sowie des subperitonäalen Bindegewebes immer secundäre Prozesse sind, welche meistens in, jedoch auch aufserhalb des Wochenbettes vorkommen können, besonders die Pelveoperitonitiden, in Folge verschiedener Schädlichkeiten. Acute parenchymatöse Metritis setzt sich sehr gern in Peri- und und Parametritis, besonders in die Letztere; ebenso werden andere Krankheiten der inneren Geschlechtsorgane Veranlassungen derselben: Lageveränderungen des Uterus, Fibroide, Carcinome desselben, Hämatometra; Katarrhe der Tuben, Entzündungen oder Degeneration der Follikel wie des Stroma der Ovarien; Blennorrhöen und suppressio

mensium, Excesse in venere und Masturbation haben häufig Pelveoperitonitis, auch Parametritis zur Folge, namentlich bei puellis publicis, woher der Name colica scortorum. Sondenuntersuchungen, Dilatation der Cervix mit Bougies oder Laminariastäbchen, das längere Tragen von Vaginal- und Intrauterinpessarien sind ferner unter die Ursachen zu rechnen. In der weitaus gröfsten Mehrzahl der Fälle ist jedoch das Puerperium die Ursache der in Rede stehenden Affection.

Anatomie.

Die Entzündung des subperitonäalen Bindegewebes, die Parametritis ist nach Virchow mit einer parenchymatösen Entzündung des Uterus verknüpft. Er handelt diffuse Metritis und Parametritis zusammen ab. Sie gehören »zu den parenchymatösen Entzündungen, bei welchen es sich um Veränderungen des Parenchyms, um acute oder chronische Metamorphose der histologischen Elemente handelt.« Das leidende Gewebe ist nicht die Schleimhaut oder das musculöse des Uterus, sondern das in- und umliegende Bindegewebe. Interstitiell kann der Prozefs deshalb nicht genannt werden, weil oft die Musculatur bedeutend mitleidet und das gleichfalls ergriffene periuterinale Gewebe doch kein interstitielles ist. Der Prozefs verbreitet sich im Bindegewebe, wie »ein unregelmäfsiges Erysipelas«. Am Uterus sind die äufseren, an das Peritonäum anstofsenden Schichten am häufigsten ergriffen, ferner das an der vordern und hintern Wand und an den Seitentheilen befindliche, von diesem aus wird das lockere Bindegewebe um die Scheide und den Mutterhals erfafst, und geht der Prozefs von da aus auf die inneren Theile der breiten Mutterbänder, auf die Scheiden der Gefäfse und Lymphgefäfse oft in grofser

Ausdehnung fort. Das Erste ist Hyperämie. Dann entsteht der Zustand der trüben Schwellung, ein Zustand, der bei Entzündungen der Cornea deutlich, hier weniger deutlich erkennbar ist, weil das Uterusgewebe den Durchsichtigkeitsgrad des Corneagewebes nicht hat. Trotzdem ist es für geübte Augen möglich, an gewissen Zügen und Flecken undurchsichtige, trübe, opake Stellen zu unterscheiden. Weniger deutlich, als die Trübung, ist die Schwellung. Je heftiger der Prozefs ist, desto deutlicher wird die Schwellung. Dann nimmt man auch wahr, dafs das Bindegewebe durchlockert, durchfeuchtet, sich in einem gallertartigen Zustande befindet, »einer Art von derbem Oedem (Sklerem).« Auf Schnittflächen lassen sich Tropfen aus dem Gewebe herauspressen, die Flüssigkeit ist aber nicht reichlich; es sieht mehr aus, als ob das Gewebe zu einer fibrinösen Gallerte aufgequollen wäre. Dies findet sich nicht blofs im interstitiellen und periuterinalen Bindegewebe, sondern auch in dem an den Ligamentis latis und rotundis befindlichen, in dem subserösen Zellstoff des Beckens und in dem an der Lendenwirbelsäule befindlichen.

Die mikroskopische Untersuchung solches zu einer fibrinösen Gallerte aufgequollenen Bindegewebes »zeigt dasselbe in einem Zustande, wie man es auch anderswo bei heftigen frischen Reizungen sieht. Die Bindegewebskörper sind vergröfsert, ihr Inhalt dichter und reichlicher, zuweilen deutlich körnig, wodurch der Zellenkörper als eine trübe Masse hervortritt, die auch nach Essigsäure-Einwirkung ihre trübe Beschaffenheit nicht ganz verliert. Bald vergröfsern sich die Kerne und theilen sich einfach oder mehrfach. Hält sich die Reizung auf einer mäfsigen Höhe, so folgt bald eine formative Reihe: die Zellen selbst theilen

sich und zuweilen findet man ganze Reihen kleinerer, rundlicher Granulationszellen semmelförmig hintereinander an der Stelle der sonst einfachen Spindel- oder Netzzellen. Wie an der Hornhaut, so geschieht auch hier an manchen Stellen sehr früh eine meist unvollständige Fettmetamorphose dieser sei es vergrößerten, sei es gewucherten Elemente, unter welcher sie zerfallen. Auch die Musculatur nimmt zuweilen sehr auffällig an der Schwellung Theil, so daſs ihre einzelnen Faserzellen zu sehr dicken, glänzenden, dichten, sklerotisch aussehenden Gebilden werden.«

Das ist die einfachste Form dieser Metritis und Parametritis, die an sich wenig pathologische Befürchtungen erweckt. Sie kann die Involution des Uterus verzögern, kann Thrombosen hervorrufen, jedoch ist hierbei immer Rückbildung durch Fettmetamorphose zu erwarten (Virchow). Dies ist jedoch nicht immer der Fall, sondern mitunter führt die Wucherung des Bindegewebes zur Induration. Eine einseitige Entzündung des Bindegewebes der Lig. lata oder rotunda mit Ausgang in Sklerose, wenn auch weniger vollständig, bringt Dislocationen des Uterus hervor. Häufig ist der Ausgang der in Eiterung. Die Eiterung kann diffus sein, oder sich in einzelnen Stellen ansammeln; letztere Form bildet die sogenannten Beckenabscesse (Abcés intrapelviens nach Marchal de Calvi, tumeurs fluctuantes du petit bassin nach Bourdon). »Die diffuse Eiterbildung führt meist ziemlich rasch zu Nekrosen des subperitonäalen Bindegewebes und zur Degeneration des Eiters selbst. Es wird aus ihm eine dünne blaſsgelbe, stinkende Jauche. Das Bindegewebe ist oft bis an das Periost der Beckenknochen zu einer fadenartigen, zunderartig zerreiſslichen Masse nekrotisirt, das Peritonäum weitläufig

unterminirt. In den meisten Fällen findet sich dabei einseitig oder auch beiderseitig Thrombose der Beckenvenen und der Venae iliacae mit Oedem der unteren Extremitäten, Lymphdrüsenanschwellung in der Inguinalgegend, Phlegmasia alba dolens. Endlich tritt Ichorrhämie ein« (Klob, Pathol. Anat. der weibl. Geschlechtsorgane). Ueber diese Formen wird weiter unten noch Näheres folgen.

Die umschriebenen Eiteransammlungen (Abcés du tissu cellulaire sous-péritonéal) müssen von der Pyocele (Abcés intra-péritonéal) unterschieden werden.

Die Beckenabscesse haben verschiedenen Sitz und verschiedene Gröfse. Sie befinden sich in der nächsten Umgebung des Uterus und der Vagina, dem Ausgangspunkt der Parametritis entsprechend, am vordern und hintern Theile der Cervix, zwischen Vagina und Rectum, zwischen Cervix und Blase, in den breiten und runden Mutterbändern. Im letzteren Falle gehen sie bis in den Leistencanal und die grofsen Schamlippen. Sie finden sich auch auf dem Ileopsoas und an der Lendenwirbelsäule hinauf. Der Durchbruch des Eiters kann an sehr verschiedenen Orten stattfinden. Rectum und Vagina, auch die Blase, oft Blase und Rectum zusammen sind gerne Perforationsstellen. Selten eröffnen sich diese Abscesse in den Uterus oder das Peritonäum. Das Perinäum wird häufig durchbrochen, ferner ist das Foramen ischiadicum eine nicht seltene Durchbruchsstelle; Beides kommt dann vor, wenn sich der Eiter im kleinen Becken gesenkt hat. Die an die vordere Bauchwand stofsenden Abscesse öffnen sich am häufigsten oberhalb des Ligamentum Poupartii oder durch die Schamlefzen, in welche der Eiter dem Zuge des Ligamentum rotundum folgend gelangt. Der Eiter senkt sich unter das Ligamen-

tum Poupartii, indem er mit den Cruralgefäfsen, mit dem M. ileopsoas oder nach aufsen von diesem das Becken verläfst und am Schenkelring erscheint, oder nach den Adductoren oder auf die äufsere Seite des Oberschenkels herabsteigt. Er folgt wohl auch der Sehne des Quadratus lumborum.

Die Beckenabscesse haben auch zuweilen Caries und Nekrose der Beckenknochen zur Folge, auch Vereiterungen der Symphyse oder der Synchondrosis sacro-iliaca; secundäre Erkrankungen des Hüftgelenks kommen auch in seltenen Fällen vor. Die schlimmeren Fälle dieser Phlegmonen haben wichtige Affectionen der Lymphgefäfse zur Folge, welche man als Entzündungen, als Lymphangioitiden auffafste.

Virchow (Archiv XIII, S. 421) erklärt diese Auffassung für unrichtig. »Die Lymphgefäfse sind über grofse Strecken und weit über den Uterus hinaus erweitert und mit festen oder flüssigen Massen von gelber, gelbweifser, nicht selten puriformer Beschaffenheit erfüllt. Die Erweiterung ist zuweilen eine ampulläre: man findet einzelne oder rosenkranzförmig an einander gereihte Säcke von Hirsekorn- bis Haselnufsgröfse, welche eröffnet eine besondere, glatte Auskleidungsmembran zeigen, von der sich der gelbweifse, feste oder pulpöse oder rahmige Inhalt leicht ablösen läfst. Solche gröfsere Säcke findet man am häufigsten in dem Ligamentum latum, insbesondere in der Ala vespertilionis in der Nähe der Tubeninsertion, jedoch auch tiefer neben den Seitentheilen des Uterus bis in die Basis der breiten Mutterbänder und andererseits neben den Vasa spermatica interna aufsteigend, so dafs man sie, nach und nach in feinere, rosenkranzförmige Stränge übergehend,

bis zu den Lumbaldrüsen verfolgen kann. Auch in die Wand des Uterus und besonders des Uterushalses dringen sie ein. Am sonderbarsten sehen sie aber in den Eierstöcken aus, welche von ihrem Hilus (Basis) her zuweilen so dicht mit solchen verstopften und erweiterten Lymphgefäfsen durchzogen sind, dafs man auf jedem Schnitt eine gewisse Anzahl gelber Pfröpfe oder Schnüre zu Gesicht bekommt.«

Dies ist keine Lymphgefäfsentzündung, sondern eine Lymphgefäfsthrombose. Es ist damit nicht ausgeschlossen, dafs sich die Wandungen der Lymphgefäfse nicht auch entzünden können und ein Abscefs entstehen kann. Aber dies ist nur secundär und der eben erwähnte Inhalt der Lymphgefäfse sicher kein Exsudat der Wandungen. Der Inhalt ist die geronnene Lymphe selbst, wie bei der Venenthrombose der Inhalt geronnenes Blut ist. Virchow hält die Lymphthrombose nicht für ein Criterium des Bösen bei den in Rede stehenden Puerperalerkrankungen, sondern die Phlegmone an sich; die Lymphthrombose an sich ist sogar ein relativ günstiges Ereignifs, denn mit der Thrombose hört der Strom, also die Resorption auf, die Thrombose der Lymphgefäfse sequestrirt (Virchow) gleichsam die schädlichen Stoffe, welche in dem phlegmonösen Heerde bestehen und wirkt somit der Verbreitung, besonders auf das Blut, entgegen. Jedenfalls kann Virchow in der Lymphthrombose nicht den Mittelpunkt einer Infection sehen (Pyämie), eher eine Barrière gegen dieselbe.

Die Lymphthrombose complicirt sich aber eben mit den schlimmsten Formen der Metritis und Parametritis. Die Lymphe als solche hat keine Disposition zur Gerinnung und Thrombosirung. Sie hat zwar Fibringehalt

(plastische Lymphe), ist aber nicht spontan coagulationsfähig.

Zur Thrombose gehört es daher, dafs eine andere Flüssigkeit, eine veränderte Lymphe in die Gefäfse übergeht. Dieser Zustand mufs schon in dem phlegmonös erkrankten Gewebe, aus welchem die Lymphe schöpft, vorhanden sein. Denn auch in dem erkrankten Gewebe finden sich lange, gelbweifse dichte Züge, welche die Reaction eines fibrinösen Stoffes bieten und welche sich nach und nach an die Stelle der Bindegewebs-Intercellularsubstanz setzen, also aus einer chemischen Umsetzung desselben wahrscheinlich hervorgegangen sind. Diese fibrinöse Form der Metritis und Parametritis ist als ein höherer Grad der Entzündung aufzufassen. Bei diesen Phlegmonen kommen aber auch Formen von Lymphgefäfsaffectionen vor, welche mit Thrombose nichts zu thun haben. Die lumbalen, inguinalen Lymphdrüsen und die der Regiones iliacae schwellen an, ihre Rinde wird vergröfsert unter Hyperämie, die Substanz wird feuchter und reichlicher und bald findet sich hyperplastische Wucherung in den Follikeln. Bei diesem Zustand tritt frühzeitig leukocytotischer Zustand des Blutes ein. Hier wird unzweifelhaft ein reizender Stoff aus dem phlegmonösen Heerde aufgenommen, der durch die Lymphgefäfse verbreitet und ins Blut aufgenommen wird und fieberhafte Zustände und Reizungen entfernter Organe bedingt. Daraus erklären sich die secundären Affectionen der Nieren, der Leber und die hyperplastische Schwellung der Milz. Je virulenter die Phlegmone am Uterus und seinen Adnexen, desto zahlreicher, ausgedehnter und heftiger sind diese Veränderungen. Manchmal entstehen schnell nekrotisirende Ausgänge.

Bisweilen entsteht diphtheritische Degeneration. Das lockere Bindegewebe der Ligamenta lata, das um die Cervix, das an den äufseren Theilen des Uterus, gehen aus dem lockern ödematösen Zustand in eine feste, gelbweifse, ziemlich trockne, fast kräftig aussehende Diphtherie über. In anderen Fällen entsteht brandige Erweichung, die sich zu wirklichem fauligen Zerfall steigern kann. Die leichtesten Formen der Phlegmone periuterina, von der diffusen Phlegmone an bis zu den diphtheritischen, brandigen, fauligen Formen, haben die gröfste Aehnlichkeit mit erysipelatösen Erkrankungen der Haut. Daher bediente Virchow sich des Ausdrucks Erysipelas malignum puerperale internum für die schlimmeren Formen. Bei denselben ist der Ausgang schliefslich eine Infection des Blutes, jedoch weder durch Eiter, also keine Pyämie, durch keine septischen Stoffe, also keine Septhämie, sondern durch die verdorbenen, im Entzündungsheerde erzeugten Säfte, für welche Form der Blutinfection Virchow den Namen Ichorrhämie eingeführt hat.

Symptome und Verlauf.

Die Entzündungen der Bauchfellabschnitte sind durch den Sitz der ursprünglichen Entzündung modificirt. Die Symptome dieser Entzündungen können uns hier weniger interessiren, als die der Phlegmone periuterina. Es läfst sich eine acute und eine chronische Form der Phlegmone unterscheiden.

Die acute Form beginnt mit ziemlich starken Fiebererscheinungen; leichte Frostanfälle wechseln mit dem Gefühl von Hitze ab, die Temperatur ist erhöht und die Pulsfrequenz vermehrt. Diese Symptome erreichen beson-

ders bei den im Puerperium vorkommenden Fällen einen erheblichen Grad. Dabei finden sich sehr bald, oft gleichzeitig mit dem Eintritt der Fiebererscheinungen sehr heftige Schmerzen reifsenden Charakters im Hypogastrium, entweder in der Mittellinie oder in einer von beiden Inguinalgegenden. Sie verbreiten sich mehr weniger über den Unterleib, nach der Beckenhöhle, nach den Oberschenkeln. Oft ist auch die Umgebung der Vagina und des Rectum stark schmerzhaft. Nach 24 — 48 Stunden ist das Exsudat im subperitonäalen Bindegewebe dem Tastsinn wahrnehmbar als Geschwulst. Der Sitz derselben ist eine der beiden Inguinalgegenden oder die Gegend vor und hinter dem Uterus. Die functionellen Störungen, welche sich bei der Phlegmone periuterina zeigen, sind verschieden je nach dem Sitze des Exsudats. Wird das Rectum comprimirt, so entstehen hartnäckige Obstipationen; wird die Harnblase stark gequetscht, so entsteht ein quälender Drang zum Uriniren, oder eine gänzliche Retentio urinae. Je heftiger und ausgebreiteter die Entzündungserscheinungen sind, desto langwieriger wird die Dauer der acuten Symptomengruppe; aber selbst beim günstigen Ausgang der Resorption des Exsudats sind doch mindestens 14 Tage nöthig, bis die Fiebererscheinungen gewichen sind. Die acute Form kann, wie bei vielen Affectionen, so auch hier, in die chronische übergehen; in diesem Falle nehmen die Fiebererscheinungen ab, die Schmerzhaftigkeit verliert sich, aber das Exsudat wird hart, oft in hohem Grade; die Geschwulst wird fühlbarer und macht den Eindruck, als ob sie bleiben würde. Sehr häufig sind aber diese Geschwülste nicht stationär, sondern es tritt eitrige Schmelzung ein und entstehen die sogenannten Beckenabscesse.

Die chronische Form der Parametritis kann, wie schon erwähnt, die Fortsetzung der acuten bilden. Es zeigt sich aber nicht selten von Anfang an ein schleichender Charakter der Entzündung; die charakteristischen Entzündungserscheinungen der acuten Form fehlen oder sind sehr gering. Die fieberhaften Erscheinungen fehlen, man nimmt aber trotzdem plötzlich ein Exsudat wahr, ohne im Stande zu sein, von der Patientin Angaben über die Entstehung des Processes erhalten zu können. Dies kommt besonders häufig, wie schon öfter erwähnt, im Puerperium vor. Die Geburt verlief ohne besondere Störungen, das Wochenbett ebenfalls; nur die langsame Rückbildung und das anämische Aussehen der Wöchnerin erregen einigen Verdacht, bis endlich eine genaue Exploration des Unterleibes, durch das Gefühl von Schwere und durch leichte Frostanfälle nöthig geworden, eine periuterinale Exsudation zeigt. Diese Exsudate sind für die Diagnose maſsgebend. Sie sind durch die Bauchdecken hindurch fühlbar oder per vaginam oder durch combinirte innere und äuſsere Untersuchung. Die durch die Bauchdecken wahrnehmbaren Exsudate findet man am öftersten in den Inguinalgegenden, meist nur in einer und wieder häufiger in der linken als in der rechten Inguinalgegend. Die Geschwülste sind bisweilen schon mit den Augen wahrnehmbar, bei der Palpation findet man dieselben von der Linea alba bis zur Spina ant. sup. os. il. und darüber hinaus sich erstreckend. Sie sind hart, bieten einen oberen höckerigen, unregelmäſsigen Rand dar; einen unteren Rand kann man nicht wahrnehmen, weil er mehr weniger tief in der Beckenhöhle sich befindet. Härtere Exsudate älteren Datums sind oft auf Druck ganz schmerzlos, dagegen zeigen jüngere selbst bei leisem Druck

einen hohen Grad von Empfindlichkeit. Diese Exsudate liegen oberflächlich an den Bauchdecken an; ihre Beweglichkeit ist gering. Der Sitz dieser Exsudate ist das subperitonäale Bindegewebe, welches die vordere und seitliche Beckenwand auskleidet und von hier hinter dem Ligamentum Poupartii aufsteigt. Dieses Bindegewebe ist der Ausgangspunkt der Entzündung, denn immer findet es sich entweder in schwielige fibrinöse Masse oder in eitrigen, jauchigen Brei umgewandelt, je nachdem die Krankheit vorgeschritten. Es erklärt sich auch leicht, dafs die linke Inguinalgegend so sehr häufig afficirt gefunden wird, viel häufiger als die rechte. Die 1. Schädellagen mit nach links und vorn gerichtetem Hinterhaupte bedingen dieses Verhältnifs. Die vordere linksseitige Beckenwand ist durch die Lage des Kindeskopfes mehr den Insulten ausgesetzt, als die rechte. Grisole fand das Verhältnifs der Häufigkeit linksseitiger zu rechtsseitigen Phlegmonen wie 11 : 6. Virchow sagt (a. a. O.), dafs die Phlegmonen durch Verletzungen entständen, welche der Durchgang des Kindeskopfes den verschiedenen Geburtstheilen zufüge. Die Phlegmonen verhielten sich ganz wie diffuse Phlegmonen und phlegmonöse Erysipele der äufsern Haut. Man müfste, wie bei diesen, so auch bei den periuterinalen Phlegmonen neben den Verletzungen als ätiologisches Moment eine individuelle Disposition zu solchen Erkrankungen anerkennen. Es entständen Phlegmone und Erysipele oft unter ganz intacter Epidermis, meist wäre allerdings ein Trauma, wenn auch nur leichte Friction vorhanden, jedoch die Individualität bedinge, ob ein Erythem, ein Erysipel oder eine diffuse gangränöse Phlegmone entstände. Ganz ebenso bei Metritis und Parametritis. Der Durchgang des Kopfes bedinge

leichtere oder schwerere Traumen für Uterus und Adnexa, Kunsthülfe natürlich noch mehr: die Individualität aber sei es, welche entscheide, ob schwere oder leichte Formen der Parametritis sich entwickeln würden. Daher kämen oft bei geringen Verletzungen doch bedeutend schwere Formen, umgekehrt bei heftigeren geringe oder gar keine Folgen vor. — Die Insulte betreffen natürlich die vordere linksseitige Beckenwand am meisten und häufigsten, deren Bindegewebe die Entzündung natürlich weiter verbreitet.

Bei der Häufigkeit der linksseitigen Fälle von Entzündung des Bindegewebes hält Scanzoni die Bezeichnung »Phlegmone des subserösen Bauch- und Beckenzellgewebes« für bezeichnend, giebt aber zu, dafs diese Krankheitsform mit der Parametritis im engeren Sinne identisch sei und fast immer mit ihr combinirt vorkomme.

Die objectiv wahrnehmbaren Symptome der Phlegmone periuterina lassen sich nach drei Seiten hin trennen. Es kommt darauf an, ob das Exsudat zwischen den Blättern der Ligamenta lata, oder unterhalb der Excavatio recta uterina, oder in dem zwischen Blase und Gebärmutter befindlichen Bindegewebe sitzt.

Befindet sich das Exsudat zwischen den Blättern der Ligamenta lata, so findet man bei der Untersuchung per vaginam das obere Drittheil der Vagina ausgeglättet, gespannt, das Parenchym verdickt, und zwar entweder rechts oder links oder beiderseitig, je nach dem Sitze des Exsudates. Bei linksseitigen Phlegmonen findet sich links von der Cervix eine Geschwulst, deren Contouren nicht scharf zu begrenzen sind bei frischen Fällen, bei älteren Exsudaten aber deutlicher werden.

Bei schlaffen Bauchdecken kann man zuweilen mit

Hülfe der inneren und äufseren Untersuchung die Geschwulst umgreifen; jedoch ist dies nicht immer möglich, besonders wenn die Phlegmone sich auf die vordere Bauchwand fortpflanzt, welche dann durch ihre Dicke und ihre excessive Schmerzhaftigkeit das Fühlen der Geschwulst unmöglich macht. — Bei beiderseitigen Entzündungen des Bindegewebes zwischen den Blättern der Ligamenta lata ist der Zwischenraum zwischen Uterus und Beckenwänden mit teigiger, später härter werdenden Masse ausgefüllt; die Cervix ist herabgedrängt und eingekeilt, so dafs sie gänzlich fixirt erscheint. Der Procefs ist jedoch auch bei beiderseitigen Entzündungen auf der einen Seite intensiver als auf der anderen und greift dann auf der mehr afficirten Seite auf die vordere Bauchwand über.

Befindet sich das Exsudat im Bindegewebe der Plica Douglasii und bleibt es dort begrenzt, so bildet es eine stark prominirende Geschwulst, durch welche die Portio vaginalis nach vorn und das hintere Scheidengewölbe nach unten verdrängt wird. Diese Geschwülste werden oft sehr umfangreich, füllen den hintern Umfang des kleinen Beckens aus und steigen längs der Kreuzbeinaushöhlung bis zum Beckenboden herab und comprimiren und dislociren das Rectum dabei oft so stark, dafs es über das Promontorium herüber in die rechte Beckenhälfte verdrängt erscheint. Am seltensten wird der Procefs im Bindegewebe zwischen Blase und Uterus beobachtet. Die interne Untersuchung ergiebt bald eine pralle, ins Becken hineinragende Geschwulst, durch welche der Uterus nach hinten und oben verdrängt wird. Durch die Bauchdecken kann man die Geschwulst nicht fühlen, weil immer das subperitonäale Bindewebe des Hypogastrium und der Inguinalgegenden in Mitleidenschaft steht.

Die Consistenz dieser Tumoren ist zu Anfang gering. Der Tumor erscheint teigig, dagegen die älteren Exsudate, welche in dichtes schwieliges Bindegewebe umgewandelt sind, fühlen sich hart an. Die Suppuration ändert natürlich die Consistenzverhältnisse.

Die Erscheinungen, welche durch die Phlegmone hervorgerufen werden, sind durch die mechanische Wirkung der Exsudate auf die Nachbarorgane bedingt. Ferner finden sich allgemeine Erscheinungen, hervorgerufen durch secundäre Erkrankung des Blutes und des Nervensystems (s. ob. unter Anatomie). Die mechanischen Wirkungen sind verschieden je nach dem Sitz und der Ausdehnung des Exsudates. Die den vorderen Umfang des Beckens einnehmenden Exsudate comprimiren die Blase und sind Ursache eines quälenden Harndrangs, bisweilen besteht eine vollständige Retentio urinae. Die in der Plica Douglasii befindlichen Exsudate bedingen quälenden Tenesmus, Kreuzschmerzen, Stuhlverstopfung, Anschwellungen der Hämorrhoidalvenen. Die Exsudate zwischen den Blättern der Ligamenta lata, überhaupt die der seitlichen Beckengegend, bedingen besonders Schmerzhaftigkeit in der seitlichen Beckengegend. Die schlimmsten neuralgischen Zufälle entstehen durch Druck auf die Nerven des Plexus cruralis, was sehr häufig vorkommt. Die Schmerzen strahlen nach den unteren Extremitäten in verschieden hohem Grade. Taubheit und Formication ist etwas Gewöhnliches. Diese Schmerzen sind für die Kranken quälender, als die am ursprünglichen Krankheitsheerde bestehenden. Besonders bei Geschwülsten auf der Fossa sind diese Neuralgien von der heftigsten Art. Im acuten Stadium ist die Schmerzhaftigkeit am heftigsten und läfst etwas nach, wenn der Procefs chronisch

wird; tritt aber die Eiterbildung in der Geschwulst ein, so stellen sich auch die neuralgischen Affectionen mit vermehrter Heftigkeit ein. Es kann sogar zu Paresen und Paralysen der unteren Extremitäten kommen. Für Exsudate auf der Fossa iliaca ist die starke Flexion des Schenkels, oder bei geringerem Grade der hinkende Gang charakteristisch und heftiger Schmerz beim Versuch, das Hüftgelenk zu strecken.

Was die Entwickelung der Exsudate anbelangt, so fällt sie, wie schon gesagt, fast immer in die erste oder die ersten Wochen des Puerperium, abgesehen von den seteneren Fällen, in welchen das Puerperium nicht ätiologisches Moment ist. Die später entstandenen Anschwellungen lassen sich auch meistens auf Unregelmäfsigkeiten, die im Anfange des Puerperium stattfanden, zurückführen. Was den Ausgang der Anschwellungen anbetrifft, so kann Resorption eintreten, wenn sie auch lange Zeit auf sich warten läfst und ist dieser günstige Ausgang nicht selten. Besonders ist es die acute Form, deren Exsudate in den meisten Fällen, sogar in kurzer Zeit, 2—4 Wochen bei guter Therapie, zur Resorption kommen. Ist die Form die chronische, so endigt der Procefs mit Beckenabscessen, deren Ausgänge verschieden sind. Hier sind die letalen Fälle von Parametritis einzureihen, wenn der Procefs diphtheritischen oder brandigen Charakter annahm. Collaps, Ichorrhämie, diffuse Peritonitis oder consecutive Pleuritis beschliefsen dann die Scene.

Wenn die phlegmonösen Tumoren in Eiterung übergehen, so steigern sich die fieberhaften Erscheinungen zu einer nie dagewesenen Höhe und ebenso die Schmerzhaftigkeit. Die mechanischen Störungen der Nachbarorgane erreichen

einen unerträglichen Grad. Die Stellen, unter welchen das Exsudat sich befindet, werden excessiv schmerzhaft, die frühere bretähnliche Härte der Tumoren breitet sich aus und giebt endlich an einzelnen Stellen nach; diese bekommen eine circumscripte, rothe Färbung und hier perforirt schliefslich der Abscefs. Dies gilt von den Exsudaten der vorderen Bauchwand, welche die Inguinalgegend oberhalb des Ligamentum Poupartii am häufigsten zu ihrer Austrittsstelle wählen. Weniger deutlich verläuft die Eiterung der in der Beckenhöhle liegenden Exsudate, welche sich innere Organe zur Perforation auswählen. Der Eintritt der Suppurationserscheinungen an sich ist, wie oben geschildert; jedoch ist es schwer, genau die Stelle zu ermitteln, an welcher sich der Eiter einen Ausweg bahnen wird, besonders täuscht die Untersuchung der Vagina häufig. Fluctuation kommt vor und man erwartet den Eiter, während er plötzlich an anderer Stelle erscheint, z. B. den Mastdarm perforirt. Die vermeintliche Fluctuation entsteht durch Oedem der Vaginalwand. Eine genaue Beobachtung der Kranken ist nöthig, um den Durchbruch des Eiters zu entdecken, denn Scheidenausflüsse und schleimige Trübungen des Urins sind oft schon vor dem Durchbruch in die Scheide oder Blase vorhanden. Der geschehene Aufbruch wird sich aber sehr bald von solchem Zustande unterscheiden lassen. Die Perforation ins Rectum giebt sich durch eiterige Diarrhöen kund, während vorher immer Stuhlverstopfung durch die Compression des Rectum vorhanden war. Meist tritt bei Entleerung des Eiters schnell Verkleinerung der Geschwulst und Besserung des Allgemeinbefindens ein und schliefslich die Genesung. Solche schnelle Heilung erfolgt aber nicht so häufig, denn die Tumoren

vereitern oft allmälich, die Eiterung kann sich Monate lang hinziehen und die Kranke marastisch zu Grunde gehen. Oft stöfst auch die Eiterentleerung auf Hindernisse; dann bleiben die Symptome in gleicher Höhe bestehen und der Eiter sucht sich neue Wege und der Marasmus wird immer gröfser. Die Heilung tritt auch nicht ein, wenn der Heerd ein ichoröser war und schon ausgedehntere Zerstörungen der Weichtheile oder Knochen des Beckens stattgefunden hatten.

Heftige virulente Phlegmonen compliciren sich mit diffuser Peritonitis, mit Ichorrhämie und consecutiver Pleuritis. Oder es treten sehr bald im Anfange des Processes Lochienveränderungen und diphtheritische Beschaffenheit der puerperalen Wunden ein, Schmerzen im Abdomen, grünliches Erbrechen. In diesem Falle steigt die Temperatur rasch bis 40—42° und hält sich bis zum Tod durch Collaps auf dieser Höhe, oder nimmt ab und es tritt Besserung ein. Im ersten Falle ist die Athmung behindert, graue Ränder um die Augen und circumscripte Röthe der Wangen fallen auf. Meist verfallen hier die Kranken in leichte Bewufstlosigkeit, die ihnen die Beschwerden erspart, welche Pleuritis und Peritonitis hervorrufen. Der Tod erfolgt in diesen Fällen oft sehr zeitig, schon in der ersten Woche. Oft bleibt die Peritonitis aus, trotz stattfindender Lymphthrombose.

Prognose.

Aus dieser Verschiedenheit der Ausgänge von Phlegmone periuterina resultirt, dafs auch die Prognose sehr verschieden ist je nach der gut- oder bösartigen Beschaffenheit des Processes. Bleibt der Bauchtheil unbetheiligt und

bleiben ichoröse Processe aus, so ist die Prognose wohl nur bei Abscefsbildung mit jauchigem Inhalt und dadurch entstandenen Nekrosen ungünstig, da die Kranken häufig trotz grofser Herabgekommenheit doch sich wieder aufraffen. Die Perforation, spontan und künstlich, führt zur Besserung und nur in den oben erwähnten Eventualitäten zur Verschlimmerung. Nur Perforation ins Cavum peritonaei ist letal. Von den schlimmeren Formen endigt die diffuse Peritonitis und Pleuritis fast immer letal. Fälle von Ichorrhämie sind bisweilen zurückgebildet worden, nur die oben geschilderten Fälle, bei denen Puls, Temperatur, Athembewegungen so rapide steigen und Milzanschwellungen folgen, sind rasch und absolut letal.

Länger bestandene Tumoren haben auch Einflufs auf die geschlechtlichen Functionen; durch die Circulationsstörungen entstehen chronische Uteruskatarrhe mit profusen Secretionen, es bleiben Störungen der Menstruation zurück, die meist in öfteren heftigen Menstrualblutungen, seltener in Verringerung oder Ausbleiben der Menses besteht. Mehr oder weniger dysmenorrhöische Erscheinungen sind aber fast immer die Begleiter der chronischen Parametritis. Auch wird behauptet, dafs an letzterer leidende Frauen die Conceptionsfähigkeit verlieren, was Scanzoni aus begleitender Perioophoritis oder aus Lageveränderungen des Uterus, entstanden durch die phlegmonösen Geschwülste, erklärt.

Diagnose.

Die Diagnose der Parametritis oder Phlegmone periuterina ist nach dem angeführten Symptomencomplex nicht ausnehmend schwierig; es sind jedoch Verwechselungen

möglich. Circumscripte Peritonitis, haematocele periuterina, Kothanhäufungen können Veranlassung zu Verwechselungen geben.

Namentlich die acute Form der Parametritis kann der Verwechselung mit circumscripter Peritonitis ausgesetzt sein. Im Puerperium befinden sich beide Affectionen auch öfters combinirt, jedoch sind Differenzpunkte aufzufinden. Die Exsudate, welche bei Peritonitis gesetzt werden, bebedürfen einer längeren Zeit, um zu durch Palpation wahrnehmbaren Tumoren zu werden. Die subperitonäalen Exsudate dagegen sind sehr früh zu fühlen, weil die Schwellung des Gewebes an sich, schon ehe ein flüssiges Exsudat vorhanden ist, als Tumor zu erkennen ist. Die Diagnose wird also dann auf periuterine Phlegmone lauten, wenn unter Entzündungserscheinungen in kurzer Zeit, in den ersten 24 Stunden eine, wenn auch öfter nicht genau zu begrenzende, Geschwulst von grofser Schmerzhaftigkeit in der Inguinalgegend, im Becken, neben oder hinter dem Uterus wahrzunehmen ist; auf ein peritonitisches Exsudat dagegen, wenn das Exsudat noch an den ersten Krankheitstagen flüssig bleibt, bei Bewegungen sein Niveau verändert und im Anfange nur durch die vordere Bauchwand ermittelt werden kann. Auch wenn sich diese Exsudate in das Becken senken, dauert es doch länger, ehe sie durch Vagina oder Rectum gefühlt werden können und wenn dies wirklich der Fall ist, so bleiben sie doch längere Zeit weich und sind von keiner Induration des Scheidengewölbes begleitet.

Rasch entstehende Tumoren sind ebenfalls die Hämatocelen. Diese treten am häufigsten während der Menses auf, die Entstehung der Phlegmone nur selten aufserhalb

des Puerperium und wenn dies der Fall, so lassen sich entzündliche Processe erkennen, aber keine Momente, aus denen man auf die Bildung eines so grofsen Blutextravasates schliefsen könnte. Die so ausnehmend rasche Entwickelung der Hämatocele, einer Geschwulst, welche in kurzer Zeit, in wenigen Stunden einen grofsen Umfang erreicht, ist ein sehr wichtiges Unterscheidungsmoment. Die periuterinalen Exsudate entstehen zwar auch, wie erwähnt, sehr rasch, nehmen aber weniger oft die Inguinalgegenden, wie jene fast immer, ein, sondern die Medianlinie und haben auch eine nach oben abgegrenzte Contour. Der in der Beckenhöhle befindliche Theil der Hämatocele nimmt den hintern Umfang der Beckenhöhle in sehr kurzer Zeit ein, was bei den periuterinalen Exsudationen nie in so hohem Mafse und so bald geschieht. Auch fehlt bei Hämatocele die Verdickung der Vaginalwand. Ferner ist die Sensibilität bei Hämatocele bedeutend geringer und die Beschwerden überhaupt nur auf die Compression der Nachbarorgane zurückzuführen. Dafs die Hämatocele in sehr vielen Fällen ausnehmend rasch sich verkleinert, ist auch kein unwichtiges Moment.

Die häufig im Wochenbett vorkommenden Kothanhäufungen bilden eine weiche Geschwulst oder bei höherer Consistenz rundliche, aneinander gereihte Kugeln. Sie sind besonders häufig im Coecum und Colon ascendens, welche ihre Lage durch irgend welche Einwirkungen wechseln können. Klystiere oder Laxantien bilden hier ein Hülfsmittel der Diagnose.

Die phlegmonösen Tumoren können vielleicht mit Ovarialtumoren verwechselt werden. Dagegen sichert aufser der Anamnese die runde Form der letzteren, die Ver-

schiebbarkeit, die geringe Empfindlichkeit, die deutliche Fluctuation. Ferner fehlt auch die Verdickung des Scheidengewölbes.

Die Uterusvergrößerungen nach Geburten sind nicht selten im Stande, mit periuterinen Exsudaten verwechselt zu werden. Die voraufgegangenen Entzündungserscheinungen der Phlegmonen lassen sich fast immer durch die Anamnese vermitteln und die Annahme, dafs die betreffende Geschwulst eine phlegmonöse sei, wird dadurch haltbar. Ferner behält der vergrößerte Uterus doch immer mehr weniger seine Gestalt. Sitz und Form der periuterinalen Exsudate und die Fixirung des Uterus sind für die Diagnose wichtig. Beide Zustände sind aber nicht selten complicirt.

Bei Uterusfibroiden bilden die Anamnese, die Hämorrhagien und Hypersecretionen des Uterus, die wehenartigen Schmerzen, die Härte des Fibroids, die Schmerzlosigkeit bei Druck, die runde oder höckerige Beschaffenheit der Geschwulst (letzteres, wenn mehrere kleine verwachsene Tumoren da sind) die Punkte, welche den Unterschied zwischen periuterinalen Exsudaten ausmachen.

Gegen Verwechselungen mit Ante- und Retroflexionen des Uterus sichert der Umstand, dafs der Uteruskörper bis zur Cervix verfolgt werden kann, dafs man die Knickungsstelle constatiren kann, dafs die Geschwulst in die Höhe gehoben werden kann und beim vollständigen Eindringen der Sonde in den Uterus sich dem untersuchenden Finger entzieht.

Therapie.

Die Behandlung richtet sich danach, ob man die Entzündungserscheinungen, das acute Stadium oder in älteren Fällen die Entzündungsproducte zu beseitigen beabsichtigt.

Ueber die Anwendung örtlicher Blutentziehungen gehen die Ansichten auseinander.

Lisfranc empfahl sogar allgemeine Blutentziehungen und Nonat acceptirte dies Verfahren. Er schlug sogar mehrmalige Venäsectionen vor. Sein Verfahren hat aber wenig Verbreitung gefunden, ebensowenig wie Lisfrancs einmalige Venäsection. Die meisten Gynäkologen verwerfen die allgemeinen Blutentziehungen gänzlich. Scanzoni hat nie Erfolge davon gesehen.

Was örtliche Blutentziehungen anbelangt, so werden dieselben zur Beseitigung der Schmerzhaftigkeit empfohlen. Scanzoni setzt 10 — 12 Blutegel an die Inguinalgegend oder das Perinäum oder an die innere Fläche des Oberschenkels. Die Portio vaginatis empfiehlt er als Ansatzstelle, wenn die ersten Wochen des Puerperium vorüber sind oder das Puerperium nicht die Ursache war.

Nach den Erfahrungen, welche ich Gelegenheit zu machen hatte, sind auch die örtlichen Blutentziehungen nicht zu empfehlen und entbehrlich. Ich werde zum Schlusse darauf näher eingehen.

Zur Beförderung der Resorption werden Jodpräparate, namentlich die Jodkaliumsalbe empfohlen, nachdem die entzündlichen Erscheinungen gewichen sind. Die warmen Sitzbäder, auch Vollbäder mit Mutterlauge werden gerühmt, lauwarme Injectionen in die Vagina, Einreibungen von Linimenten und Jodsalbe in die Bauchdecken werden allgemein empfohlen. Scanzoni schlägt das Einschieben eines in Jodglycerin getauchten Schwammes in die Vagina vor, ebenso wie die Anwendung eines Cantharidenpflasters auf die Bauchdecken. Letzteres, wie überhaupt ableitendes Verfahren, verwirft Veit, höchstens die Einreibung der Jod-

kalisalbe hält er für nutzenbringend. Derselbe hat gute Erfolge vom inneren Gebrauche des Jodkalium gesehen, wenn die Geschwülste sich schwer zur Resorption neigten.

Bei Abscefsbildung zögert Scanzoni mit der Incision, weil der Eiter oft nicht an der ihn vortäuschenden Stelle erscheint, und weil die spontanen Perforationswunden bedeutend kleiner sind als Schnittwunden und daher auch den Eintritt der Luft in die Abscefshöhle nicht so stark begünstigen.

Veit räth dagegen zu früher Incision, empfiehlt bei schweren Fällen besonders eine Explorativpunction. Zur Incision empfiehlt er das Messer, den Troikart nur bei Punction vom Mastdarm aus.

Die chronischen, zurückbleibenden Beckentumoren erfordern die Jodpräparate, Gebrauch der Bäder von Kreuznach, Kissingen, Hall, Krankenheil u. s. w.

Bei virulenten Formen der Parametritis ist die Kunst ziemlich machtlos. Wenn zu der Parametritis Affectionen des Peritonäums hinzutreten und dadurch die Krankheit bedeutend gefährlicher wird, empfiehlt Veit wie bei anderen Peritonitiden, örtliche Blutentziehungen und trockene Kälte. Hier ist der innere und äufsere Gebrauch des Quecksilbers indicirt. Desormeaux und in neuerer Zeit Traube gaben innerlich Calomel und äufserlich graue Salbe, um rasche Salivation zu erzielen und dabei stark abzuführen. Diese Medication ist bei virulenten Phlegmonen die beste, wie meine Erfahrungen und die Erfolge des Professor Marcovici in Bukarest mir bestätigen.

R. de Latour empfahl Bepinselung der Bauchhaut mit Collodium (médication imperméable). Man hat günstige Erfolge davon gesehen.

Bei Ichorrhämie hat man nach den allgemeinen Grundsätzen für Blutinfection zu verfahren.

In der innern Klinik des Herrn Professor Dr. Marcovici im Spitalul Coltzea in Bukarest hatte ich als Assistent während acht Monate Gelegenheit, 21 Fälle von Phlegmone periuterina zu beobachten; die Mehrzahl dieser Fälle war in Folge eines Excesses im Coitus entstanden. In allen Fällen wurde folgende Behandlung angewendet: die Kranke bekam 0,6 Gramme Calomel täglich innerlich und äufserlich Einreibungen von

Rp. Unguent. hydr. cin. 15,0
Extract. belladonn. 2,0

3mal täglich auf den Unterleib; darüber wurde ein Cataplasma aus Far. semin. lini gelegt und mehrmals täglich gewechselt. Bei dieser Behandlung stellte sich bald Stomatitis ein, welche durch Sol. kal. chlor. (ex 8,0 ad 200,0 aq.) nach einigen Tagen verschwand.

Zur Erholung bekam die Kranke in der Reconvalescenz Blancardsche Pillen und Vinum chinae 60—120 Gramme täglich.

Professor Marcovici hat nie Blutentziehungen, weder örtliche noch allgemeine ordinirt, weil die von der Krankheit befallenen Individuen in der Regel anämisch sind. Man kann auch vollständig ohne Blutentziehungen auskommen.

Von diesen 21 Fällen, die ich mit grofser Aufmerksamkeit verfolgte, heilten 19 durch Resorption und nur 2 kamen zur Suppuration.

Demnach scheint mir diese Therapie die zweckmäfsigste zu sein; auch ich verwerfe die Blutentziehungen gänzlich und empfehle zum Schlusse die innere und äufsere Quecksilberbehandlung unter allen Umständen, von welcher ich

so gute Erfolge gesehen habe, dafs ich sie eine specifische nennen möchte. Professor Marcovici, welchem ich bei dieser Gelegenheit meinen innigsten Dank ausspreche, fällte ebenfalls dieses Urtheil und sagte uns öfter nachher, nachdem wir mit der erwähnten Krankheit und ihrer Behandlung ziemlich vertraut waren, mit einem Lächeln: »Datii specificu«, gebt ihr das Specificum.

THESEN.

1. Bei Phlegmone periuterina ist die örtliche und allgemeine Blutentziehung zu verwerfen.
2. Zur Differentialdiagnose zwischen Pneumonie und Bronchitis bei kleinen Kindern dienen die Gesichtszüge während des Hustens.
3. Das Blut tritt in die Coronararterien nicht während der Diastole, sondern während der Systole.

Verfasser, geboren in Rumänien 1847, griechisch-orthodoxer Confession, genofs seinen ersten Unterricht in Bacau, Focsani und Bukarest bis zum 16. Lebensjahre. Am 23. November 1863 wurde er auf der nationalen medicinischen Schule immatriculirt und absolvirte daselbst seine gesetzlichen Studien, bestand das Tentamen physicum, concurrirte als Externus — Bataillonsarzt 2. Classe — 1. Licentiat in der Medicin und Chirurgie und practicirte in den verschiedenen Kliniken bis 1868. Dann bezog er die Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin, wo er am 14. Juni d. J. das Examen rigorosum bestand. In Bukarest hörte er Vorlesungen bei den Herren Professoren: Ananescu, Bacaloglu, Capsa, Dawila, Essarco, Felix, Fotino, Hoffmann, Lebiez, Marcovici, Polysu, Protici, Sewerin, Theodori, Turnescu; in Berlin bei den Herren Professoren: Bardeleben, du Bois-Reymond, Frerichs, Gruppe, Guttmann, v. Langenbeck, Martin, Reichert, Schöller, Traube, Virchow, Waldenburg.

Allen diesen Herren spricht er hiermit seinen besten Dank aus.